

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Editorial

Modelo predictivo de recuperación en la taquimiocardiopatía



Predictive model of recovery in tachycardiomyopathy

Noelia Bouzas-Cruz

Servicio de Cardiología, Hospital Público de Monforte de Lemos, Monforte de Lemos, Lugo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 18 de enero de 2024

Las miocardiopatías, clasificadas por fenotipos estructurales y funcionales diversos, constituyen una categoría de trastornos cardíacos con una amplia variedad de manifestaciones clínicas; de entre ellas, la miocardiopatía dilatada destaca por su heterogeneidad, evidenciando un pronóstico variable que está íntimamente vinculado a la etiología subyacente¹. Esta condición, caracterizada por la dilatación de las cavidades cardíacas y la disfunción sistólica, presenta un curso clínico que puede ser modificable con intervenciones terapéuticas adecuadas.

Dentro del espectro de las miocardiopatías, la taquimiocardiopatía emerge como un subtipo particularmente intrigante. Se define por una disfunción ventricular izquierda directamente inducida por una arritmia, siendo la corrección de esta última un objetivo terapéutico clave para mejorar el pronóstico del paciente². En este contexto, el tratamiento eficaz de la arritmia subyacente no solo alivia los síntomas, sino que también puede tener un impacto significativo en la función ventricular y, por ende, en el pronóstico a largo plazo³.

Recientemente, Izquierdo-Bajo et al.⁴ llevaron a cabo un estudio pionero publicado en REC: CardioClinics para explorar los predictores de recuperación de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) en la taquimiocardiopatía. Su enfoque

unicéntrico, observacional y retrospectivo examinó de manera exhaustiva a 134 pacientes con taquimiocardiopatía confirmada entre 2014 y 2022, proporcionando valiosa información sobre la historia natural y el manejo clínico de esta condición específica.

La edad media fue de $59,3 \pm 11,16$ años, con un 73,9% de varones. La fibrilación auricular fue la arritmia más frecuente (67,9%), seguida por el flutter auricular (24,6%) y la extrasistolia ventricular (5,2%). En el 74,6% de los casos, el diagnóstico se realizó durante un ingreso hospitalario por insuficiencia cardíaca, con una FEVI media al diagnóstico de $33,2 \pm 6,8\%$.

El tratamiento inicial incluyó cardioversión eléctrica en el 53%, ablación en el 24,6%, tratamiento farmacológico exclusivo en el 19,4%, y ablación del nodo auriculoventricular y estimulación cardíaca en el 3%, logrando control del ritmo cardíaco en el 82,1%, siendo el 80% sometidos a ablación.

Después de un seguimiento medio de $10,8 \pm 10,5$ meses, la FEVI media fue del $55,4 \pm 6,3\%$, con un 86,6% de los pacientes con FEVI final superior al 50%, y una diferencia media de FEVI (final menos inicial) de $22,2 \pm 8,3\%$. El estudio buscó obtener un modelo predictivo de recuperación de la FEVI, dividiendo la muestra en 2 grupos: uno para construir un modelo

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.10.002>.

Correo electrónico: noeliabouzas@gmail.com

✉ [@noelia.boucru](https://twitter.com/noelia.boucru)

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.12.005>

2605-1532/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

de regresión lineal (70%) y otro para validarlo (30%). El modelo seleccionado incluyó variables como sexo, hipertensión arterial, FEVI al diagnóstico, consecución del control de ritmo y realización de ablación, explicando la mitad de la variabilidad individual de la FEVI recuperada, con un índice de R^2 de 0,493. Además, la recuperación de la FEVI por el modelo se comparó con la observada en la muestra de validación, sin encontrar diferencias significativas en el R^2 .

En conclusión, los resultados de Izquierdo-Bajo et al.⁴ identificaron variables cruciales, como sexo, hipertensión arterial, FEVI al diagnóstico, consecución del control de ritmo y realización de ablación, como predictores significativos de recuperación de la FEVI en la taquimiocardiopatía. Este enfoque personalizado hacia la predicción individual de la recuperación de la función ventricular es esencial para optimizar la atención clínica y mejorar los resultados a largo plazo en estos pacientes.

Sin embargo, en el contexto de tratamientos contemporáneos para la insuficiencia cardíaca, es interesante observar que un porcentaje bajo de pacientes en el estudio estaba recibiendo tratamientos neurohormonales actuales, como sacubitrilo-valsartán e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), debido al periodo de inclusión. Es crucial destacar que, aunque el tratamiento primario debe centrarse en la supresión de la taquiarritmia, también se debe considerar el inicio y la optimización del tratamiento neurohormonal para la insuficiencia cardíaca, con el objetivo de favorecer el remodelado inverso². Así, la optimización del tratamiento médico convencional, como el uso de bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina/sacubitrilo-valsartán, iSGLT2 y antagonistas de los receptores de aldosterona, sigue siendo fundamental en el manejo integral de estos pacientes⁵. Este hecho resalta la necesidad de continuar investigando la optimización del tratamiento en pacientes con taquimiocardiopatía y cómo estas terapias pueden complementar la estrategia centrada en el control de la arritmia.

En resumen, la investigación llevada a cabo por Izquierdo-Bajo et al.⁴ representa un avance significativo en la comprensión y el abordaje de la taquimiocardiopatía, al explorar factores predictivos clave e intentar establecer un modelo que, según sus hallazgos, explica la mitad de la variabilidad individual en la recuperación de la FEVI, proporcionando

una base científica para generar hipótesis. Por tanto, se debe tener en cuenta la heterogeneidad de los pacientes y la necesidad de validación externa del modelo propuesto, siendo necesario continuar la investigación para validar y ampliar estos hallazgos, incluyendo más cohortes de pacientes, estudios prospectivos y análisis de subgrupos, que podrían fortalecer la robustez de los resultados y proporcionar una base más sólida para la implementación clínica.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elliott P, Andersson B, Arbustini E, et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society Of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2008;29:270-276.
2. Huizar JF, Ellenbogen KA, Tan AY, Kaszala K. Arrhythmia-induced cardiomyopathy: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73:2328-2344.
3. Priori SG, Blomström-Lundqvist C, Mazzanti A, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2015;36:2793-2867.
4. Izquierdo-Bajo Á, Cózar-León R, Arroyo-Moñino DF, et al. Prediction model to quantify recovered left ventricular ejection fraction in tachycardiomyopathy. *REC: CardioClinics*. 2023. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2023.10.002>.
5. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA focused update of the 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:776-803.